



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
Solicitud de CCSP
CCSP Application

Fecha: _____

PADRE/TUTOR

NÚMERO DE CASO

DESGLOSE

Estimado solicitante:

Estamos enviando esta solicitud debido a que usted solicitó Child Care Subsidies.

Procesaremos su solicitud y determinaremos la elegibilidad una vez que usted haya proporcionado la siguiente información.

- Solicitud de CCSP o información del proveedor (debe **completar** esto, incluso si está en una actividad WorkFirst);
- Proporcionar pruebas de todos los ingresos que su hogar haya recibido durante los últimos tres meses (por ejemplo, copias de los comprobantes de pago, manutención de niños, Ingreso del Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) y cualquier otro ingreso recibido por algún integrante de familia). Incluya su cronograma de empleo. No es necesario que proporcione pruebas del ingreso por asistencia en efectivo del estado (TANF).
- Si usted ha sido recientemente empleado y no tiene comprobantes de pago, aceptaremos una constancia de su empleador que incluya la fecha de contratación, el monto que gana (por hora, salario, etc.) y el cronograma que tendrá. Usted debe brindarnos una copia de su talón salarial dentro de los 30 días WAC 170-290-0012
- Prueba de los pagos de manutención de niños ordenados por un tribunal o dispuestos por una orden administrativa (si corresponde) y una verificación de los pagos realizados.
- **Sólo** Working Connections Child Care: Si los cuidados son provistos por un proveedor familiar / amigo / vecino, el proveedor debe satisfacer las calificaciones enumeradas en la Parte 2B de la solicitud y usted debe presentar:
 - Copia legible de la identificación con foto del proveedor, tales como licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal, pasaporte o identificación militar;
 - Copia legible de la tarjeta vigente del seguro social del proveedor;
 - Prueba de que el proveedor está habilitado legalmente para trabajar en EE. UU., tal como Permiso de Residencia (Green Card), Tarjeta para Extranjeros Residentes (Resident Alien Card), o Documento de Autorización de Empleo (Employment Authorization Document, EAD);
 - Formulario de Autorización de Antecedentes, DSHS 09-653. Puede obtener este formulario de su asistente social autorizado de WCCC. **No se harán pagos por el cuidado proporcionado antes de la fecha en que se reciban todos los resultados de verificación de antecedentes.**

En caso de preguntas, sírvase llamar al número siguiente.

Número de teléfono del Centro de Atención: _____ Número de fax: _____



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

Solicitud de CCSP

Parte 1. Información de solicitud

La información incompleta puede demorar la aprobación para servicios y pago. A máquina o en letra de imprenta.

Cuidado infantil por temporada

Los postulantes deben:

- **Vivir en** los condados de Adams, Benton, Chelan, Douglas, Franklin, Grant, Kittitas, Okanogan, Skagit, Walla Walla, Whatcom o Yakima;
- **Trabaja en** empleo basado en la agricultura que incluye cultivo, producción, cosecha o procesamiento de árboles de frutas o maíz.

| | | | | FECHA | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE | | NÚMERO DE ID DEL CLIENTE | | FECHA DE NACIMIENTO | | |
| DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE | | SSN (OPCIONAL) | | NÚMERO DE TELÉFONO | | |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | ORIGEN ÉTNICO / RAZA DEL SOLICITANTE | SEXO DEL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| NIÑOS POR LOS QUE USTED ES RESPONSABLE QUE VIVEN EN EL HOGAR | | | | | | |
| NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE) | FECHA DE NACIMIENTO | MASCULI NO/FEME NINO | ORIGEN ÉTNICO | SSN (OPCIONAL) | CIUDADANO O RESIDENTE LEGAL DE EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| CÓNYUGE O EL OTRO PADRE/TUTOR DEL NIÑO EN EL HOGAR (REQUISITO) | | | | | | |
| NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | SSN (OPCIONAL) | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | PARENTESCO CON LOS NIÑOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE | | |
| | | | | | | |
| SOLICITANTE | | | CÓNYUGE O SEGUNDO PADRE/TUTOR | | | |
| ¿Está casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA | | | NOMBRE DEL EMPLEADOR, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA | | | |
| DIRECCIÓN (EMPLEO, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA) | | | DIRECCIÓN (EMPLEO, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA) | | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO FECHA DE INICIO | | | NÚMERO DE TELÉFONO FECHA DE INICIO | | | |
| SI USTED ESTÁ EMPLEADO, ¿CUÁN A MENUDO COBRA SU SUELDO Y CUÁL ES SU SUELDO POR PERÍODO DE PAGO? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente \$ | | | SI USTED ESTÁ EMPLEADO, ¿CUÁN A MENUDO COBRA SU SUELDO Y CUÁL ES SU SUELDO POR PERÍODO DE PAGO? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente \$ | | | |
| ¿Paga usted manutención para niños por orden judicial? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Monto mensual: \$ | |
| ¿Tiene una orden judicial para recibir manutención para niños? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Monto mensual: \$ | |
| FUENTES MENSUALES DE INGRESOS GANADOS Y NO GANADOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA | | | | | | |
| Incluya COPIAS (correspondientes a los últimos tres meses): | NOMBRE USTED MISMO | NOMBRE | NOMBRE | NOMBRE | NOMBRE | NOMBRE |
| Empleo (bruto, antes de impuestos incluya propinas) | | | | | | |
| Empleo independiente | | | | | | |
| Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | | | | | | |
| Manutención para niños recibida | | | | | | |
| Seguro Social (SSI, SSA) | | | | | | |
| Beneficios de VA, Discapacidad, Labor e industrias (L&I) o desempleo | | | | | | |
| Otro (especificar): | | | | | | |

Barcode label



14417

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PADRE/TUTOR | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| SOLICITANTE | | CÓNYUGE O SEGUNDO PADRE/TUTOR | |
| ACTIVIDAD (EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD WORKFIRST) INDIQUE EL HORARIO EN A.M./P.M. | | ACTIVIDAD (EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD WORKFIRST) INDIQUE EL HORARIO EN A.M./P.M. | |
| | ¿CUÁL ES SU CRONOGRAMA DE EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD? | | ¿CUÁL ES SU CRONOGRAMA DE EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD? |
| Lunes | | | |
| Martes | | | |
| Miércoles | | | |
| Jueves | | | |
| Viernes | | | |
| Sábado | | | |
| Domingo | | | |
| <p>En qué fecha comenzará el cuidado de niños: Solicitante: En un sentido, ¿cuánto le lleva llegar desde la guardería hasta su actividad (empleo, escuela, etc.)? Otro padre/tutor: En un sentido, ¿cuánto le lleva llegar desde la guardería hasta su actividad (empleo, escuela, etc.)?</p> | | | |
| CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE LOS NIÑOS. PARA NIÑOS ADICIONALES, ADJUNTE UNA HOJA APARTE CON SU INFORMACIÓN. | | | |
| NOMBRE DE LOS NIÑOS | CRONOGRAMA ESCOLAR (DÍAS Y HORAS EXACTOS) | CRONOGRAMA DE CUIDADO DE NIÑOS (DÍAS Y HORAS EXACTOS) | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ¿Tiene usted un niño con necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Si la respuesta es afirmativa, comuníquese con el asistente social autorizado para obtener información sobre las tarifas correspondientes a necesidades especiales. | |
| DERECHO A UNA AUDIENCIA | | | |
| <p>Si no está de acuerdo con esta decisión, usted puede solicitar una audiencia poniéndose en contacto con esta oficina o escribiendo a Office of Administrative Hearings (Oficina de Audiencias Administrativas), P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Debe solicitar su audiencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El día de entrada en vigencia de la medida o previo a éste, o antes de 10 días a partir del envío del aviso de esta medida, SI usted recibe los beneficios ahora y quiere continuar con ellos, o • Dentro de un plazo de 90 días desde el momento en que recibe esta carta. <p>En la audiencia, usted tiene derecho a representarse a sí mismo, ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Puede obtener asesoría o representación legal gratuita comunicándose con una oficina de servicios legales.</p> | | | |
| <p>Declaro bajo pena de perjurio, que la información que proporciono en esta declaración según mi leal saber y entender es verdadera, correcta y completa, y comprendo que de falsificar voluntariamente esta información me hace sujeto de penas dispuestas por al Ley Estatal de Washington. (RCW 74.08.055)</p> | | | |
| FIRMA DEL PRIMER PADRE/TUTOR | FECHA | FIRMA DEL SEGUNDO PADRE/TUTOR | FECHA |



Washington State
Department of Social
& Health Services
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

Solicitud de CCSP

Parte 2A. Información de proveedor certificado

(PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR Y PROVEEDOR)

A máquina o en letra de imprenta. La información incompleta puede demorar la aprobación para el pago.

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | FECHA | | |
| | | | | NÚMERO DE TELÉFONO DEL CENTRO DE ATENCIÓN | | |
| | | | | NÚMERO DE FAX | | |
| 1. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR | | | | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE | | |
| El nombre y la dirección del proveedor que nos son provistas es información pública y puede ser brindada a cualquier persona que la solicite. | | | | | | |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR | | | | NÚMERO DEL PROVEEDOR | | |
| DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR | | | | NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR | | |
| CIUDAD | | ESTADO | | CÓDIGO POSTAL | | |
| | | | | FECHA PROBABLE DE COMIENZO DEL CUIDADO | | |
| 2. TIPO DE CUIDADO: MARQUE LA CASILLA CORRECTA PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CUIDADO QUE USTED PROPORCIONA. EL PROVEEDOR DEBE COMPLETAR LAS SECCIONES 3 Y 4. | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Centro Autorizado de Cuidado de Niños | | SSN del PROVEEDOR O NÚMERO FEDERAL DE IDENTIFICACIÓN FISCAL | | <input type="checkbox"/> Hogar familiar autorizado para el cuidado de niños | | |
| | | | | SSN del PROVEEDOR O NÚMERO FEDERAL DE IDENTIFICACIÓN FISCAL | | |
| 3. INDIQUE LOS DÍAS Y LOS HORARIOS EN LOS QUE USTED PROVEERÁ CUIDADOS PARA LOS SIGUIENTES NIÑOS (UTILICE LA SECCIÓN CINCO EN CASO DE QUE OFREZCA SERVICIOS A MÁS NIÑOS) | | | | | | |
| NOMBRES | | FECHA DE NACIMIENTO | | DÍAS Y HORARIOS EN LOS QUE SE PROVEERÁN LOS CUIDADOS, ESPECIFIQUE HORARIOS ANTES Y DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 4. PROVEEDOR CERTIFICADO: INGRESE SUS TARIFAS DIARIAS | | | | | | |
| ¿Cuáles son las tarifas habituales que usted le cobra al padre/tutor? Esta información debe ser provista antes de que se autorice el pago. | | | LACTANTE (CERO – 11 MESES) \$ | BEBÉ (12 – 17 MESES) \$ | NIÑOS PEQUEÑOS (18 – 29 MESES) \$ | SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, MONTO: \$ _____ |
| | | | PREESCOLAR (30 MESES – CINCO AÑOS QUE NO VAN A LA ESCUELA) \$ | EDAD ESCOLAR (CINCO – 12 AÑOS) \$ | TARIFA DE REGISTRO <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> ÚNICA VEZ <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> TARIFA POR VIAJE DE CAMPO | <input type="checkbox"/> POR NIÑO <input type="checkbox"/> POR FAMILIA \$ _____ POR MES TASA |
| Comuníquese con el Centro de Atención para averiguar las tarifas de pago para niños con necesidades especiales. | | | | | | |
| Entiendo que el completar este formulario no garantiza el pago. Si se autoriza el cuidado de niños, acepto que se me pague por los cuidados a mi tarifa habitual o a la tarifa DEL, la que sea menor. | | | | | | |
| FIRMA DEL PROVEEDOR | | | | FECHA | | |
| <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Otro | | | | NÚMERO DE TELÉFONO Y FAX (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA) | | |



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

Sólo solicitud de WCCC

Parte 2B. Información del proveedor de cuidado brindado por parientes o en el hogar

(PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR Y PROVEEDOR)

A máquina o en letra de imprenta La información incompleta puede demorar la aprobación para el pago.

| |
|-------------------------------------------|
| FECHA |
| NÚMERO DE TELÉFONO DEL CENTRO DE ATENCIÓN |
| NÚMERO DE FAX |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE |
| NOMBRE DEL PADRE/TUTOR |
| NÚMERO DEL PROVEEDOR |
| NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR |
| FECHA PROBABLE DE COMIENZO DEL CUIDADO |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| SECCIÓN 1. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR | |
| El nombre y la dirección del proveedor que nos son provistas es información pública y puede ser brindada a cualquier persona que la solicite. | |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR | |
| DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR | |
| CIUDAD | ESTADO CÓDIGO POSTAL |

SECCIÓN 2. A SER LLENADA POR EL PADRE QUE SOLICITA CUIDADO DE NIÑOS

1. Es el proveedor su hijo (natural, hijastro, adoptado o de crianza temporal) y tiene entre 18 y 20 años de edad. Sí No

2. Es el proveedor su padre (natural, padrastro, adoptivo o temporal). Sí No
Si la respuesta al #2 es afirmativa, marque la casilla que aplica a usted.
Es usted: Viudo. Divorciado. Casado, separado o nunca se casó.
 Vive con un cónyuge discapacitado que no puede cuidar del niño por al menos cuatro semanas seguidas en un trimestre.

3. Ni 1 ni 2 aplican.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PROVEEDOR | RELACIÓN CON EL NIÑO | CORREO ELECTRÓNICO DEL PROVEEDOR |
| ¿EL PROVEEDOR ES MAYOR DE 18 AÑOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | FECHA DE NACIMIENTO | ¿CIUDADANO DE EE.UU. O RESIDENTE LEGAL CON PERMISO DE TRABAJO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Usted debe:
Brindar cuidado sólo en el hogar de los niños. El cuidado puede darse en el hogar del proveedor solamente si se trata de uno de los siguientes parientes de los niños: tía, tío, abuelo, abuela, hermano(a) que vive fuera del hogar, tía abuela, tío abuelo, bisabuela o bisabuelo.

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Vive usted con el niño al que brinda cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> El cuidado se brindará en el hogar de los niños. Vaya a la Sección 5. <input type="checkbox"/> El cuidado se brindará en el hogar del proveedor. Vaya a la Sección 4. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SECCIÓN 4. EL PROVEEDOR LA LLENA SI EL CUIDADO A LOS NIÑOS SE BRINDA EN SU HOGAR Y EL NIÑO NO VIVE AHÍ

Cuando el cuidado se brinde en su hogar y el niño no viva ahí, proporcione al departamento los nombres, fechas de nacimiento y estatus de delincuente sexual de todas las personas de 16 años de edad o más que vivan con usted:

| NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | DELINCUENTE SEXUAL REGISTRADO | La omisión de reportar a un delincuente sexual en el hogar del proveedor donde se brinda el cuidado causará la descalificación permanente del proveedor. WAC 170-290-0160 |
|--------|---------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| 2. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| 3. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| 4. | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Certifico que las personas arriba enlistadas son los únicos individuos de 16 años de edad o más que viven conmigo. Comprendo que estos individuos estarán sujetos al mismo proceso de investigación de antecedentes que yo. También comprendo que si otra persona de 16 años de edad o más se muda a mi hogar mientras soy un proveedor autorizado de WCCC, debo notificar inmediatamente al padre.

| | |
|---------------------|-------|
| FIRMA DEL PROVEEDOR | FECHA |
|---------------------|-------|

SECCIÓN 5. A SER LLENADA POR PROVEEDOR FAMILIAR / AMIGO / VECINO

Los proveedores familiares / amigos / vecinos pueden facturar al estado por un máximo de seis (6) niños al mismo tiempo.
 ESCRIBA LOS DÍAS, HORAS Y TARIFAS A LAS QUE PROPORCIONARÁ CUIDADO PARA LOS NIÑOS.

| NOMBRE Y APELLIDO DEL NIÑO | FECHA DE NACIMIENTO | DÍAS Y HORARIOS EN LOS QUE SE PROVEERÁN LOS CUIDADOS, ESPECIFIQUE HORARIOS ANTES Y DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR | LA TASA HABITUAL POR HORA QUE COBRO POR CUIDAR DEL NIÑO ES: | ELIJA UNA DE LAS DOS OPCIONES SIGUIENTES PARA CADA NIÑO. | |
|----------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| | | | | MI TASA ES MAYOR QUE LA TASA DEL ESTADO PARA ESTE NIÑO. DESEO LA TASA ESTATAL MÁXIMA. | DESEO MI MENOR TASA POR HORA POR ESTE NIÑO. |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

COMUNÍQUESE CON EL CENTRO DE ATENCIÓN PARA AVERIGUAR LAS TARIFAS DE PAGO PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

SECCIÓN 6. A SER LEÍDA Y FIRMADA POR EL PROVEEDOR**Responsabilidades del proveedor:**

- Llenar una autorización de investigación de antecedentes. Si usted cuida a un niño en su propio hogar, presentar también una autorización llena de investigación de antecedentes para cada persona de 16 años de edad o más que viva con usted o que se mude a su casa.
- Reportar a DSHS dentro de un plazo de 24 horas cualquier condena penal o acusaciones pendientes contra usted o contra cualquier persona de 16 años de edad o más en su hogar si es que el cuidado se brinda en su hogar.
- Reportar a DSHS dentro de un plazo de 10 días si cambia su nombre legal, dirección o número telefónico.

Elegibilidad de proveedores:

- Tener 18 años de edad o más y ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Proporcionar cuidados en el hogar de los niños únicamente. El cuidado debe ser provisto en el hogar del proveedor únicamente si él/ella es uno de los siguientes parientes de los niños: tío/a, abuelo/a, hermano/a que vive fuera del hogar, tío/a abuelo/a o bisabuelo/a.
- Ser lo bastante física y mentalmente sano para satisfacer todas las necesidades del niño a su cuidado. Si el personal de WCCC lo solicita, el o los padres deben proporcionar prueba escrita de que usted está lo bastante física y mentalmente sano para ser un proveedor seguro de cuidado de niños.
- Ser capaz de cuidar al niño sin usar castigos físicos ni maltrato mental.
- Proporcionar cuidado al niño en un hogar seguro.
- Estar informado acerca de las prácticas de salud básicas, prevención y control de enfermedades infecciosas, y vacunas.
- Proporcionar constante cuidado, supervisión y actividades según las necesidades de desarrollo del niño.
- Dar cuenta inmediatamente al padre de cualquier información de condena penal o cargos pendientes en contra de usted o de cualquier persona en su hogar que tenga 16 años de edad o más, si el cuidado ocurre fuera del hogar del niño.
- No ser el padre biológico, padrastro o padre adoptivo, tutor legal, in loco parentis o el cónyuge de alguna de estas personas.

Registros de asistencia:

- Los registros deben:
 - Mostrar tanto los días como las horas en las que cuidó a cada niño.
 - Hacer que el padre o tutor firme y feche los registros de asistencia al menos una vez por semana.
 - Conservarse durante 5 años.
 - Entregarse dentro de un plazo de 14 días si DSHS o DEL piden verlos.

Facturación:

- No se le pagará por el cuidado de niños brindado antes de la fecha en que todas las investigaciones de antecedentes sean aprobadas por DSHS. Si usted brinda cuidados antes de que se apruebe su investigación de antecedentes, la familia es responsable de pagarle.
- Puede facturar a DSHS por un máximo de seis (6) niños durante las mismas horas de cuidado.
- Registre los registros de asistencia diaria para determinar el número de unidades a facturar en base a la asistencia de un niño y la autorización.

SECCIÓN 6. CONTINÚA

Sindicato Internacional de Empleados de Servicio Local 925 (por sus siglas en inglés, "SEIU 925")

SEIU 925 representa a los proveedores familiares/amigos/vecinos. El Contrato Colectivo delinea las disposiciones y beneficios para los miembros de SEIU 925. Los miembros pagan cuotas del 2 por ciento de los servicios a niños pagados por el estado. Las cuotas tienen un máximo de \$50 por mes.

Hay información adicional disponible en: *Una Guía para Proveedores Familiares, Amigos y Vecinos de Ciudad a Niños* ubicada en: <http://www.del.wa.gov/requirements/info/subsidy.aspx>

Comprendo que llenar este formulario **no garantiza el pago**. Si se autoriza el cuidado de niños, acepto recibir el pago por cuidado de niños a mi tarifa habitual o a la tarifa del estado, **la que sea menor**. Comprendo que el pago no puede ocurrir antes de la fecha en que el departamento reciba todos los resultados de investigaciones de antecedentes. He leído y comprendido la Sección 6 de este formulario.

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada por mí en esta declaración es cierta, correcta y completa a mi leal saber y entender, y estoy enterado de que las falsificación voluntaria de esta información por mi parte puede hacer que se me someta a los castigos dispuestos en las leyes estatales de Washington (RCW 74.08.055).

FIRMA DEL PROVEEDOR

FECHA

- Cuidador no pariente
 Cuidador pariente

SECCIÓN 7. A SER LEÍDA Y FIRMADA POR EL PADRE

Yo, como padre/tutor, certifico que mi proveedor familiar/amigo/vecino satisface los requisitos citados más arriba. Comprendo que:

- Si no puedo hacer estas afirmaciones, el pago no será autorizado.
- Cierta información de antecedentes podría descalificar a mi proveedor. Cuando el servicio se preste fuera del hogar del niño, será responsabilidad de mi proveedor notificarme inmediatamente si éste, o cualquier persona de 16 años o más que viva con el proveedor, son acusados o condenados por un delito. Es responsabilidad mía notificar inmediatamente a mi asistente social autorizado de WCCC.
- No se harán pagos por el cuidado proporcionado antes de la fecha en que se reciban todos los resultados de verificación de antecedentes.
- Debo notificar al personal de WCCC, dentro de un período de cinco días, si este proveedor suspende el cuidado de los niños.
- Mi proveedor no será remunerado por el cuidado de más de seis niños al mismo tiempo (en los mismos días a la misma hora).
- No puedo tener a más de tres proveedores familiares/amigos/vecinos autorizados para el pago de WCCC al mismo tiempo durante mi período de elegibilidad. Sólo uno de estos tres proveedores podrá ser un proveedor de respaldo (sustituto). Puedo usar un proveedor certificado/autorizado para cuidados de respaldo..
- Como empleador de su proveedor familiar/amigo/vecino, es su responsabilidad hacer que su proveedor llene el Formulario de Verificación de Elegibilidad para el Empleo de USCIS I.9.
 - Todos los empleadores de EE.UU. deben completar y conservar un Formulario I-9 por cada individuo que contraten para trabajar en los Estados Unidos.
 - Esto incluye a ciudadanos y no ciudadanos.
 - En el formulario, el empleador debe examinar la elegibilidad para el empleo y el/los documento(s) de identidad que presente un empleado para determinar si el/los documento(s) parecen ser genuinos y se relaciona(n) con el individuo y registrar la información del documento en el Formulario I-9,
 - La lista de documentos aceptados se encuentra en la última página del formulario. *El formulario y las instrucciones se encuentran en: <http://www.uscis.gov/i-9>*
- Si la situación de vivienda cambia entre usted y el proveedor, notifique esto inmediatamente (este tipo de cambio puede afectar qué documento fiscal será enviado a los proveedores por sus servicios).

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada por mí en esta declaración es cierta, correcta y completa a mi leal saber y entender, y estoy enterado de que las falsificación voluntaria de esta información por mi parte puede hacer que se me someta a los castigos dispuestos en las leyes estatales de Washington (RCW 74.08.055).

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA